

(様式2 ストーマ用器具用)

# 日常生活用具給付申請書

地区	No.
----	-----

(あて先) 札幌市 区保健福祉部長

年 月 日

申請者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_

(対象者との続柄 \_\_\_\_\_)

電話番号 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

下記のとおり、日常生活用具の給付を申請いたします。  
日常生活用具の給付申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対象者	フリガナ	男・女	明治・大正・昭和・平成・令和		
	氏名		年 月 日生		
	札幌市				
	住 所 区		電話	-	
身体障害者手帳 障 害 名	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日	
	障害種別		障害等級		級
給付を希望する用具名	ストーマ用器具 (消化器系 ・ 尿路系)		年 月 ~	年 月	ヶ月分
日常生活用具が必要な理由					
希望する事業者					
該当する所得区分	<input type="checkbox"/> (1) 生活保護 <input type="checkbox"/> (2) 低所得 <input type="checkbox"/> (3) 一般世帯 <input type="checkbox"/> (4) 一定所得以上				
要介護認定の有無	<input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 要介護1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 対象外				

### \*所得区分

- (1) 生活保護 : 生活保護 (単給を含む) 又は「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律」による支援給付の受給世帯
- (2) 低所得 : 市町村民税非課税世帯
- (3) 一般世帯 : 市町村民税課税世帯
- (4) 一定所得以上 : 市町村民税課税世帯のうち、市町村民税所得割の額が46万円以上の者がいる世帯

※ 裏面も必ずご確認ください。課税状況や課税額に係る申告欄があります。

\* 療育手帳・精神保健福祉手帳をお持ちの方は、「身体障害者手帳 障害名」の欄に手帳の内容をご記入ください。

\* 難病等により日常生活用具を申請される方は、「身体障害者手帳 障害名」の欄に疾病名をご記入ください。

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

課税状況・課税額に関する申告					
市町村民税 控除の有無 に関する申告	市町村民税の住宅借入金等特別税額控除の有無について、次のとおり申告します。				
	<input type="checkbox"/> 受けている。		<input type="checkbox"/> 受けていない。		
16歳～18歳の 控除対象扶養 親族に関する 申告	寄付金税額控除の有無について、次のとおり申告します。				
	<input type="checkbox"/> 受けている。		<input type="checkbox"/> 受けていない。		
※ 控除を受けている場合は、「市民税・道民税 特別徴収税額の決定・変更通知書」の写し等、控除額の確認ができる書類を提出してください。					
表面の所得区分が一定所得以上の世帯は、原則日常生活用具の給付の対象外となりますが、最多収入の方の親族の扶養状況によっては給付を受けられる場合があります。日常生活用具の給付を受ける年の前年（日常生活用具の給付を受ける月が1～6月の場合は前々年）の12月31日時点の年齢が16歳～18歳で、税法上扶養されている親族を以下に記入してください。					
	氏名	対象者との続柄	生年月日	別居の場合"○"	住所（別居の場合）
1					
2					
3					
4					